6

NOTE SUR LES TITRES

ET LES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LE Dr PAUL BERGER

II

SUPPLÉMENT RENFERMANT L'INDICATION DES TRAVAUX PUBLIÉS DEPUIS L'ANNÉE 1889 ET LA TABLE DES MATIÈRES CONTENUES DANS LES DEUX FASCICULES

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120
EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1892

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

À mon cher maître M. le professeur
Verneuil, membre de l'Institut,
hommage respectueux de son élève
Paul Berger

NOTE SUR LES TITRES

ET LES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LE Dr PAUL BERGER

II

SUPPLÉMENT RENFERMANT L'INDICATION DES TRAVAUX PUBLIÉS DEPUIS L'ANNÉE 1889
ET LA TABLE DES MATIÈRES CONTENUES DANS LES DEUX FASCICULES

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120
EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1892

SUITE DE L'EXPOSÉ DES PUBLICATIONS

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

CONTENU DANS LA NOTE PRÉCÉDENTE

PUBLICATIONS ET TRAVAUX DEPUIS L'ANNÉE 1889 JUSQU'EN L'ANNÉE 1892.

---

§ Ier. — Amputations et Résections.

175. — *Résection du maxillaire supérieur pour un ostéosarcome de cet os, avec absence complète de déformation de la face.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 19 novembre, p. 724.)

Dans ces dernières années, on a préconisé à Lyon l'application d'appareils prothétiques provisoires, adaptés à la perte de substance des maxillaires aussitôt après l'opération, en vue d'empêcher les déformations de la face tenant à la rétraction cicatricielle. Un constructeur qui a fait preuve d'une ingéniosité et d'un talent remarquable, M. Claude Martin, a multiplié les essais dans ce sens et il a publié les résultats auxquels il est arrivé dans une brochure intitulée : *De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires.*

Sans nier les services que peuvent rendre en certains cas ces appareils, il faut reconnaître que ces pièces prothétiques, appliquées dans une plaie récente et très complexe, rendent l'entretien aseptique de cette plaie difficile ; qu'ils y jouent le rôle de corps étrangers ; qu'ils s'opposent dans une certaine mesure à l'écoulement des liquides et à la désinfection ; aussi pour remédier à ces inconvénients, M. Martin a-t-il

multiplié les dispositifs et construit des appareils compliqués et nécessairement coûteux.

Le cas présent fait voir que la prothèse immédiate n'est pas nécessaire pour empêcher la déformation cicatricielle ; il suffit de diriger convenablement les sections osseuses, de conserver ce qu'on peut de l'os malade et du plancher de l'orbite, et de pratiquer, comme je l'ai fait, le tamponnement antiseptique de la perte de substance avec de la gaze au salol fortement comprimée.

176. — *Rapport sur une observation d'amputation interscapulo-thoracique communiquée par M. E.-A. Lewis (de Brooklyn)*. (*Ibid.*, 5 février 1890, N. S., t. XVI, p. 98.)

177. — *Sarcome périostique de l'humérus ; amputation interscapulo-thoracique.* Rapport sur une observation de M. le Dr E. Monod. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 18 février, p. 120.)

178. — *Sur la résection du genou* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 26 novembre, p. 742, et 17 décembre, p. 808; *ibid.*, t. XVII, 1891, 29 avril, p. 331.)

L'existence presque constante de lésions tuberculeuses centrales dans les extrémités articulaires des os, doit faire rejeter l'excision pure et simple de la synoviale (arthrectomie), et elle plaide en faveur de la résection articulaire précoce.

179. — *Suture osseuse perdue au fil d'argent pour une fracture de l'olécrane*, présentation du malade. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t XVII, 1891, 29 avril, p. 331.)

180. — *Amputation médio-tarsienne par la méthode en raquette*. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XV, 1889, 31 juillet, p. 646.)

Un des inconvénients de l'amputation dite de Chopart est d'exiger l'intégrité du grand lambeau plantaire qui doit recouvrir la surface articulaire des os de la deuxième rangée du tarse. Pour permettre

d'étendre cette opération aux cas où les parties molles de la région plantaire antérieure sont intéressées, Denonvilliers avait proposé de pratiquer l'amputation médio-tarsienne en se servant d'une incision en raquette. C'est d'après les notes que j'avais recueillies aux leçons de ce maître, que j'ai formulé les règles suivant lesquelles doit être conduite l'opération modifiée de la sorte. Le malade que j'ai présenté à l'appui de ma communication, montrait le résultat obtenu, résultat qui n'est nullement inférieur à celui de l'amputation à lambeau plantaire.

181. — *Mégalopodie ; opération.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 28 mai, p. 421.)

Dans ce cas de malformation bizarre où l'hypertrophie portait sur l'avant-pied et se compliquait de syndactylie et d'un développement lipomateux du tissu adipeux des faces dorsale et plantaire du pied, une amputation plastique de l'avant-pied me permit de rendre à celui-ci une forme aussi semblable que possible à sa configuration et à son volume normaux. La présentation de l'opérée et du moulage du membre fait avant l'opération, ont permis de constater le résultat obtenu.

182. — *Double pied bot varus congénital, traité par l'extirpation de l'astragale et la tarsectomie cunéiforme.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 15 janvier 1890, N. S., t. XVI, p. 55.)

183. — *Rapport sur trois communications intitulées : 1° Sur un procédé de résection ostéoplastique du pied, par M. le Dr Paul Michaux ; — 2° Phlegmon diffus du pied. Résection ostéo-plastique. Guérison, par M. le Dr Gellé (de Provins) ; — 3° Tuberculoses osseuses multiples ; ostéo-arthrites du tarse. Résection de presque tout le tarse. Guérison, par M. le Dr Phocas, agrégé de la Faculté de médecine de Lille.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 14 janvier, p. 47.)

Le procédé auquel M. Michaux a eu recours pour pratiquer l'opération de Wladimiroff-Mikulicz est une modification du procédé que j'ai proposé et décrit et par lequel on évite d'intéresser le nerf et les vaisseaux tibiaux postérieurs. Pour atteindre ce but je m'étais servi d'une

incision en T, pratiquée sur le côté externe du cou-de-pied, incision à l'aide de laquelle j'avais découvert et extirpé la partie inférieure des os de la jambe et les os de la deuxième rangée du tarse, tout en conservant la totalité des parties molles, tant de la région postérieure que de la région antérieure du cou-de-pied. Pour diminuer le bourrelet que forment ces parties molles par leur plissement lorsque l'on a mis en rapport les surfaces de section du squelette, en même temps que pour se créer une voie plus large, M. Michaux a pratiqué l'excision d'une partie des téguments qui recouvrent la face externe du cou-de-pied et en particulier la face externe du calcanéum. La perte de substance des parties molles qu'il a créée de la sorte lui a permis de pratiquer la résection du squelette du cou-de-pied et de fixer la surface de section des métatarsiens à celle du tibia et du péroné par une suture osseuse.

Cette manière de procéder est bien préférable à celle à laquelle a eu recours M. Gellé: celui-ci, dans la section des parties molles, a compris les vaisseaux et nerfs de la région postérieure, ainsi que la plupart des chirurgiens qui ont pratiqué la résection de Wladimiroff-Mikulicz l'ont fait jusqu'à ce jour. Si la section de l'artère et du nerf tibial postérieur n'a, le plus souvent, pas entraîné les conséquences fâcheuses qu'on en eût pu attendre au point de vue de la vitalité du membre, elle n'en constitue pas moins une aggravation manifeste et tout à fait inutile des lésions produites par l'opération. J'insiste donc de nouveau pour que dans la résection ostéo-plastique du cou-de-pied, on adopte la modification conservatrice que j'ai fait subir à l'opération en question ou le procédé de M. Michaux qui repose exactement sur le même principe.

184. — *Désarticulation de la hanche pour un ostéo-sarcome, guérison.* — Présentation du malade. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 22 avril, p. 310.)

———————

§ II. — Autoplastie.

185. — *Chéiloplastie par la méthode italienne.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 5 nov., p. 679.)

186. — *Idem* (*ibid.*, N. S. t., XVII, 1891, 9 décembre, p. 735).

Deux cas, montrant les bons effets que l'on peut obtenir de l'application de lambeaux pédiculés, empruntés au bras, pour la restauration de la lèvre inférieure, qu'il s'agisse de combler une perte de substance de celle-ci ou de remédier à son retournement complet (ectopion cicatriciel de la lèvre inférieure), produit par la rétraction d'une cicatrice de brûlure.

Cette opération, figurée par Taliacotius dans les planches de son ouvrage (*De curtorum chirurgia per insitionem*), n'avait été pratiquée à ma connaissance depuis cette époque que par Carl Ferdinand de Graefe.

187. — *Rétraction de l'aponévrose palmaire traitée par l'incision de la peau et de l'aponévrose dans toute l'étendue de la partie malade et par l'application d'un lambeau pédiculé pris sur le tronc* (*autoplastie par la méthode italienne modifiée*).

En raison des récidives constantes auxquelles exposent les divers modes de traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire, l'excision complète de tous les faisceaux de l'aponévrose atteints par la rétraction inflammatoire est là seule méthode qui offre des chances de succès durable. Mais le caractère diffus des lésions, l'intime adhérence de l'aponévrose à la peau, rendent l'extirpation pure et simple des trousseaux au travers d'une incision longitudinale de la peau (procédé de Kocher) très difficile et même infidèle, car par ce procédé l'on s'expose à ménager quelques faisceaux fibreux qui peuvent ultérieurement reproduire la rétraction. Pour agir d'une manière plus certaine sur la cause

de celle-ci, l'on ne doit pas craindre de sacrifier la peau dans toute l'étendue de la partie malade; on peut de la sorte voir et extirper de la manière la plus complète tous les faisceaux de l'aponévrose palmaire, évitant la lésion des gaines tendineuses, des vaisseaux et des nerfs. La perte de substance est ensuite comblée avec un lambeau pédiculé pris sur le tronc et laissé adhérent à son lieu d'origine par son pédicule jusqu'à sa parfaite adhésion avec la surface qu'il doit recouvrir (autoplastie par la méthode italienne modifiée). Ce que nous savons des propriétés des lambeaux constitués de la sorte, permet d'affirmer que la peau transplantée avec son tissu cellulaire sous-cutané conserve toute son élasticité, sa souplesse et sa mobilité sur les parties sous-jacentes où aucun phénomène de rétraction fibreuse ou cicatricielle n'est à craindre. Un cas de rétraction invétérée de l'aponévrose palmaire, guéri par cette méthode, a été communiqué à l'Académie de médecine.

188. — *Traitement des ulcères de la jambe par l'autoplastie par la méthode italienne modifiée;* présentation de malades. (*Académie de médecine*, séance du 14 octobre 1890.)

En présentant des malades sur lesquels des autoplasties successives m'ont permis d'amener à guérison des ulcères circulaires incurables en apparence, et menaçant la vitalité du pied de telle sorte que le membre ne semblait plus justiciable que de l'amputation, j'insiste sur le but que l'on se propose de remplir par ces autoplasties : ce n'est pas seulement d'obtenir une cicatrice résistante, mais de pourvoir le membre de téguments normaux doublés d'un tissu cellulaire qui en permette le glissement; c'est en même temps de faire disparaître la rétraction cicatricielle et ses conséquences, et de libérer les parties profondes en extirpant non seulement l'ulcère, mais les parties sur lesquelles il repose. Ni les greffes de Reverdin, ni celles de Thiersch ne peuvent donner un semblable résultat. Mais pour que l'on puisse obtenir la guérison d'un ulcère par la méthode italienne d'autoplastie, il faut que le membre sur lequel on prend les lambeaux soit sain; ce sont des opérations qui ne doivent être entreprises que sur des sujets jeunes et bien portants; aussi sont-elles peu applicables aux véritables ulcères variqueux.

189. — *Transplantation d'un lambeau pédiculé emprunté à la jambe droite sur l'extrémité conique de la jambe gauche par la méthode italienne modifiée.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 4 juin, p. 436.)

190. — *Greffe par la méthode italienne modifiée; large ulcération du creux poplité consécutive à une brûlure; emprunt d'un lambeau cutané à la cuisse opposée; réunion parfaite.* Rapport sur une ebservatien cemmuniquée par M. le D[r] Guelliet. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1890, 18 février, p. 124.)

191. — *Sur un procédé autoplastique destiné à remédier aux cicatrices vicieuses du cou (autoplastie en cravate).* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 26 février, p. 170).

Pour remédier aux cicatrices vicieuses du cou, principalement aux cicatrices très étendues, censécutives aux brûlures, qui déterminent une flexien permanente de la tête, j'ai mis en usage le precédé suivant :

Une sectien transversale de la cicatrice, comprenant teute sen épaisseur, la divise dans teute sa largeur; les berds de cette incisien sont disséqués jusqu'à ce que le ceu se treuve de nouveau dans la rectitude et que la tête ait repris teute sa mebilité.

Dans l'écartement des lèvres de cette incisien, j'insère alers un très grand lambeau taillé dans la peau du des et prenant sen peint d'implantatien à la nuque. Ce lambeau, fixé dans la sectien transversale qui divise le tissu cicatriciel, figure ainsi une serte de cravate de peau saine et extensible que l'en complète, s'il est nécessaire, par l'adaptatien d'un deuxième lambeau, taillé sur la peitrine, dent le pédicule s'implante à la région de la feurchette sternale, et avec lequel en cemble la partie antérieure de la perte de substance créée par l'incisien.

Grâce à l'extensibilité de cette demi-cravate de peau interpesée entre les deux meitiés de la cicatrice, la cerrectien de l'attitude vicieuse se maintient en permanence. Il est nécessaire, dans la dissectien de ces lambeaux auxquels je donne jusqu'à 20 centimètres de longueur, de cemprendre dans leur censtitutien la tetalité du tissu cellulaire qui les deuble et même, vers leur pédicule, l'apenévrese superficielle; grâce

à cette précaution, on assure leur mobilité sur les parties sous-jacentes et surtout l'on risque moins d'intéresser les vaisseaux qui les alimentent.

192. — *Fistule trachéale fermée par une autoplastie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 12 février, p. 112.)

L'autopsie d'un de mes opérés qui succomba quelques mois plus tard à la tuberculisation pulmonaire, permit de constater que, quoique la cicatrisation parût complète, il persistait encore un petit trajet fistuleux oblique, faisant communiquer la cavité de la trachée avec l'extérieur. (Voyez n° 39, p. 18.)

193. — *Exstrophie de la vessie guérie par une opération.* (*Académie de médecine*, séance du 21 avril 1891.)

Dans un cas précédent j'avais eu recours à une série d'opérations autoplastiques, pour recouvrir une exstrophie de la vessie, au moyen de vastes lambeaux cutanés pris au voisinage, par la méthode de M. Le Fort et de Thiersch.

Chez le malade que j'ai présenté à l'Académie de médecine, l'insuccès de cette méthode, dû à la gangrène d'un des lambeaux, m'a décidé à recourir au procédé de M. le Dr Segond, dans lequel la paroi vésicale, disséquée de haut en bas et rabattue, vient recouvrir l'orifice des uretères et reconstituer la paroi supérieure du canal de l'urèthre. Pour recouvrir la surface cruentée de ce lambeau vésical, au lieu d'employer, comme M. Segond, le tablier préputial passé au-dessus de la verge et dédoublé, j'ai pris un vaste lambeau sur la région antérieure du scrotum, lambeau qui fut ramené au-dessus de la verge et qui fut fixé, par sa surface saignante, sur la surface saignante du lambeau vésical rabattu sur la gouttière uréthrale. Le résultat fut des plus satisfaisants et, comparant ce cas à celui dans lequel j'avais employé la méthode autoplastique, il me parut que le second de ces procédés avait sur le premier l'avantage d'exposer moins aux incrustations calcaires de la cavité où aboutissent les uretères et aux douleurs qui sont la conséquence de cette complication.

L'opéré a été présenté à l'Académie de médecine.

---

§ III. — Encéphalocèle et spina bifida.

194. — *Sur un cas d'encéphalocèle congénitale traitée et guérie par l'extirpation.* (Communication à l'Académie de médecine avec présentation de malade, le 14 janvier 1890.)

195. — *Considérations sur l'origine, le mode de développement et le traitement de certaines encéphalocèles.* (*Revue de chirurgie*, 1890, avril, p. 269.)

Ce travail est fondé sur l'examen anatomique de la pièce présentée à l'Académie de médecine dans la communication précédente, et sur les recherches bibliographiques portant sur le plus grand nombre des faits d'encéphalocèle actuellement publiés.

Cet examen, pratiqué dans le laboratoire de M. Ranvier par M. Suchard et par M. Ranvier lui-même, a conduit à des constatations imprévues et qui, si elles étaient confirmées par un plus grand nombre de faits, ne tendraient à rien moins qu'à modifier entièrement les doctrines actuellement reçues sur le mode de développement de cet ordre de malformations.

Voici les conclusions de ce travail :

1° La structure de la substance nerveuse qui entre dans la constitution de certaines encéphalocèles s'écarte notablement du type normal des parties de l'encéphale auxquelles ces tumeurs se rattachent. Cette circonstance, et les modifications particulières que présente l'enveloppe méningée qui les renferme, doit les faire considérer comme des produits néoplasiques véritables, analogues aux névrômes médullaires décrits par Foerster et Virchow, produits néoplasiques auxquels on pourrait donner le nom d'*encéphalomes;*

2° La considération de ces caractères de structure nous conduit à ramener l'origine des encéphalocèles aux tout premiers temps du développement embryonnaire, à un vice dans la formation de la vésicule encéphalique primitive.

Ce vice réside probablement dans la production d'une protubérance exencéphalique qui, se développant avant que le crâne membraneux se

soit constitué, détermine un arrêt dans la réunion des lames qui le composent en s'opposant à leur rapprochement au point qui correspond à cette protubérance. Certaines encéphalocèles résultent donc d'une malformation primitive de l'encéphale entraînant un arrêt de développement du crâne. Ce sont de véritables ectopies de la substance encéphalique ; elles ne sauraient être rapportées à une évolution pathologique intra-utérine, amenant la perforation de l'enveloppe osseuse du crâne et l'issue de son contenu; elles ne peuvent donc être assimilées en aucune façon à des hernies cérébrales;

3° L'examen des faits anatomiques confirme cette manière de voir en montrant que depuis les faits les plus simples d'encéphalocèle jusqu'aux ectopies cérébrales véritables, il existe une foule de degrés qui conduisent de l'un à l'autre de ces états extrêmes par une transition presque insensible;

4° La distinction anatomique et pathogénétique que l'on a voulu établir entre les diverses variétés des encéphalocèles, méningocèles, encéphalocèles pures, hydrencéphalocèles, distinction qui semble avoir été exagérée par les auteurs, ne se traduit souvent en clinique par aucun caractère distinctif capable d'assurer le diagnostic différentiel de ces variétés;

5° L'on doit ménager celles de ces tumeurs dont le volume est faible, l'accroissement peu marqué, et qui ne menacent pas l'existence dans un avenir prochain.

Celles qui sont volumineuses, tendues, dont les enveloppes amincies menacent de se rompre, celles mêmes qui sont le siège d'une augmentation de volume manifeste, lorsqu'il n'existe aucune contre-indication tirée de l'état général ou de complications locales, doivent être traitées par l'extirpation. L'opération qui me paraît mériter la préférence est celle qu'a préconisée M. Perier, à laquelle j'ai eu recours, et qui remplit les conditions exigibles pour obtenir la cure radicale de ce genre de malformations.

196. — *Rapport sur deux communications de M. le Dr Picqué, intitulées : 1° Considérations sur l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement des encéphalocèles; 2° Énorme spina bifida de la région lombo-sacrée; extirpation, guérison.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 8 avril, p. 252.)

L'examen d'une intéressante observation d'hydrencéphalocèle observée et extirpée avec succès par M. le Dr Picqué fournit de nouveaux arguments pour combattre les idées de Spring et celles d'Ackermann sur la genèse des exencéphalies congénitales. Dans le fait de M. Picqué, le kyste de substance cérébrale, développé à l'extérieur du crâne, renfermait un liquide différant par sa constitution chimique du liquide céphalo-rachidien; il n'était donc pas constitué par une hydropisie ventriculaire limitée. L'aplatissement du crâne *en tête de crapaud*, qui était des plus marqués, contredit également à la théorie d'Ackermann, suivant laquelle le développement de l'encéphalocèle serait lié à une diminution, celui de l'hydrencéphalocèle à un accroissement de la pression intracranienne, le crâne se trouvant par conséquent réduit dans toutes ses dimensions dans l'encéphalocèle, accru dans tous ses diamètres au contraire dans l'hydrencéphalocèle.

197. — *Cure radicale d'un spina bifida lombaire chez une petite fille âgée de sept semaines. Greffe d'une plaque osseuse empruntée à l'omoplate d'un jeune lapin dans la perte de substance des lames vertébrales.* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 12 janvier 1892.)

Il s'agit d'une modification que j'ai fait subir au procédé de M. Perier pour la cure radicale du spina bifida : après dissection de deux lambeaux cutanés et l'isolement de la poche méningée du spina bifida jusqu'au pourtour de la perte de substance du canal rachidien, la partie terminale de la moelle qui s'insérait au sommet de la tumeur fut détachée avec précaution de ses adhérences et réduite dans le canal vertébral. Puis une plaque osseuse de 3 centimètres de long sur 2 de large fut taillée dans l'omoplate d'un jeune lapin et insérée dans la perte de substance des lames vertébrales qu'elle comblait exactement. Les bords de la poche méningée, enfin les lambeaux cutanés furent réunis en arrière de cette greffe osseuse incluse dans le canal rachidien.

Les suites de l'opération furent satisfaisantes, il n'y eut pas de suppuration, la greffe fut conservée et l'enfant put être présentée à l'Académie de médecine au bout de 2 mois. Malheureusement, elle était atteinte, dès sa naissance, d'une paraplégie complète avec paralysie du sphincter anal, que l'opération ne put faire disparaître.

IV. — Hernies.

198\. — *Hernies. (Traité de chirurgie publié sous la direction de Simon Duplay et Paul Reclus*, t. VI, p. 543-848 ; Paris, 1892, G. Masson.)

Ce travail contient l'histoire complète et détaillée des hernies abdominales envisagées au point de vue de leurs caractères généraux et étudiées dans toutes leurs variétés.

L'introduction des opérations de cure radicale dans la pratique journalière de la chirurgie a déterminé, dans ce champ de nos connaissances, une révolution qui a mis un terme à de longues discussions et fait disparaître des distinctions qui, depuis les temps de l'Académie de chirurgie, se partageaient les opinions des chirurgiens. Les recherches expérimentales modernes et la bactériologie ont éclairé d'un jour nouveau la pathogénie des accidents dont les hernies sont le siège ; enfin un grand nombre d'observations et de travaux récents ont mieux fait connaître certaines variétés de hernies qui n'étaient jusqu'à présent que très imparfaitement décrites. Il était indispensable, dans un traité de chirurgie qui doit être l'expression de l'état actuel de nos connaissances chirurgicales, de mettre cet important sujet au courant des progrès accomplis et de marquer le pas immense que l'étude des hernies avait fait depuis les immortels travaux de J. Cloquet, de Malgaigne et de Gosselin. C'est la tâche que je me suis efforcé de remplir, tout en retraçant, à propos de chacun des points de cette étude, l'évolution qu'elle avait suivie et en appuyant ces notions historiques sur des indications bibliographiques aussi complètes que possible.

Chargé pendant six ans du service des bandages au bureau central de l'Assistance publique, j'y ai réuni les éléments d'une importante statistique, fondée sur dix mille observations recueillies par moi-même. Ces documents, dont je n'ai pas encore achevé le dépouillement complet, m'ont été d'un grand secours dans la rédaction de cet article. Ils m'ont permis de décider, en m'appuyant sur des chiffres suffisants, certaines questions comme celle de la fréquence relative des diverses variétés de hernie, d'éclairer quelques points concernant leur origine,

le mécanisme de leur apparition, l'influence qu'a sur celle-ci l'hérédité; enfin d'évaluer les chances d'accidents auxquelles sont exposés les sujets qui en sont porteurs.

Sans entrer dans l'analyse détaillée de ce travail, je me borne à signaler quelques-uns des chapitres qui renferment des contributions récentes, des aperçus et des développements nouveaux.

Dans la première partie, consacrée à l'étude générale des hernies, j'appellerai l'attention sur les chapitres consacrés aux accidents des hernies. La doctrine de l'étranglement s'est définitivement dégagée des obscurités dont l'enveloppaient, depuis Malgaigne, les considérations sur l'inflammation et la péritonite herniaires. Mais tout en établissant le rôle prépondérant que joue la constriction dans la production de tous les accidents qui atteignent les hernies intestinales, les recherches anatomiques ont montré le rôle que les modifications inflammatoires de l'anse intestinale jouent dans la constriction et dans l'évolution de l'étranglement lui-même. Aussi n'est-ce plus à une théorie purement mécanique de l'étranglement qu'il convient de se rattacher; pour la majorité des cas, mais à une conception plus physiologique qui fait de cet accident un véritable processus dans lequel la constriction subie par l'intestin y détermine l'apparition de lésions dont la conséquence est d'accroître le degré de la constriction elle-même.

Des investigations récentes, notamment celles de MM. Cornil et Tschistowitch, nous ont d'ailleurs fixés sur le mode suivant lequel se produisent les altérations graves de l'intestin étranglé, tandis que les recherches bactériologiques comme celles de Clado, Bönneken, nous donnaient l'explication du retentissement que l'étranglement herniaire exerce sur l'état général et montraient la relation qui l'unit aux lésions signalées depuis longtemps dans les organes éloignés, les reins, la rate, et surtout les poumons, par Verneuil et par ses élèves.

A côté des étranglements portant sur une anse intestinale complète, les pincements latéraux, dont l'existence a été contestée jusque dans ces derniers temps par W. Roso, méritaient une description plus détaillée que celle qu'ils ont reçue jusqu'à présent dans les ouvrages classiques; il en a été de même pour les hernies adhérentes auxquelles j'ai dû consacrer d'assez longs développements, et pour certains accidents plus rares, tels que les étranglements internes par torsion, par coudure brusque, ou par bride, survenant dans un sac herniaire, ainsi

que les néoplasies diverses, principalement le cancer ou la tuberculose, qui envahissent parfois les hernies.

Avant d'aborder la cure radicale, j'ai tenu à décrire dans ses traits les plus essentiels le traitement par les bandages en indiquant sommairement tout ce qui est relatif à la construction, au choix, à l'application de ces appareils. Il est en effet nécessaire d'appeler l'attention des élèves et des médecins sur des soins dont les chirurgiens eux-mêmes se déchargent trop souvent sur des personnes étrangères à toutes connaissances scientifiques.

Les conditions de la cure spontanée des hernies et de leur guérison par les bandages m'ont servi d'introduction pour aborder l'histoire de la cure radicale. Si partisan que je sois des opérations curatives pour toutes les hernies qui ne peuvent être *constamment, complètement* et *facilement contenues*, pour me servir de la formule élégante et concise de Trélat, et même chez les jeunes sujets chez lesquels les tentatives de guérison par les bandages ont échoué, je reste convaincu que la majorité des hernies du jeune âge guérissent sans opération quand elles sont convenablement traitées. Je n'en dirai pas plus long sur les indications de la cure radicale auxquelles est réservée la plus grande partie de ce chapitre. Les procédés de cure radicale et leur manuel opératoire sont renvoyés aux chapitres consacrés aux diverses variétés anatomiques de hernies qui les comportent, et où ils sont étudiés avec les plus grands détails.

Le traitement de l'étranglement herniaire a également ressenti l'influence du courant qui porte actuellement la chirurgie à une intervention plus rapide et plus active. Sans rejeter le taxis, comme le font certains chirurgiens, il faut reconnaître que ses indications et les limites de son application se sont beaucoup restreintes; j'ai dû, néanmoins, réserver une place importante à sa description et à celle des accidents qui en sont la conséquence, en particulier aux fausses réductions.

L'opération de la hernie étranglée est débarrassée aujourd'hui de la crainte que l'on avait d'intéresser la séreuse péritonéale; aussi la méthode de Jean-Louis Petit a-t-elle perdu sa raison d'être; l'ouverture du sac et l'inspection minutieuse de l'intestin sont reconnues comme l'un des temps les plus essentiels de l'acte chirurgical. En revanche la cure radicale de la hernie est devenue le complément obligé

de l'opération dans tous les cas où l'intégrité de l'anse intestinale étranglée permet d'en effectuer la réduction.

Malgré les beaux résultats qu'ont donnés dans bon nombre de cas la résection et la suture de l'anse intestinale atteinte de gangrène, la discussion est actuellement ouverte entre les partisans de l'entérectomie suivie d'entérorraphie et ceux qui préfèrent encore recourir à l'établissement d'un anus contre nature. De nouveaux faits sont nécessaires pour fixer la conduite des chirurgiens sur ce point, à propos duquel j'ai dû me borner à présenter les documents relatifs à la question sans conclure.

La seconde partie de ce travail est consacrée à la description des diverses sortes de hernies envisagées suivant leur siège ; j'indique ici seulement les chapitres où se trouvent contenus des documents, des aperçus ou des développements nouveaux.

C'est, dans l'histoire des hernies inguinales, l'étude complète des variétés anatomiques de ces hernies, particulièrement des hernies congénitales ; puis, à propos de la hernie inguinale, la question du développement de la plupart des hernies obliques externes aux dépens des restes de la communication péritonéo-vaginale, question très controversée encore actuellement. La description des procédés de cure radicale de la hernie inguinale est faite avec les plus grands détails et illustrée de nombreuses figures qui en facilitent l'intelligence.

J'ai consacré un paragraphe aux hernies inguinales de la femme dont la plupart des auteurs ont trop négligé la description. Ces hernies présentent cependant des variétés intéressantes et peu connues sur lesquelles, dans un précédent mémoire, j'avais attiré l'attention de la Société de chirurgie.

A propos de la hernie crurale dont la fréquence chez l'homme et chez la femme peut désormais être évaluée avec certitude par les chiffres que renferme ma statistique, je me suis attaché à établir les indications toutes particulières qu'elle présente pour l'intervention radicale, en raison des dangers auxquels elle expose. L'opération de la cure radicale, pour cette variété de hernie, est le plus souvent mal instituée ; j'insiste sur l'utilité qu'il y a, pour obtenir une guérison durable, de constituer une occlusion permanente de l'anneau crural en suturant l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné.

Un appendice contient des développements qui me sont entière-

ment personnels sur la coexistance de hernies inguinales et de hernies crurales chez le même sujet et sur les moyens de contention qui sont applicables à cet état. L'existence simultanée d'une hernie inguinale et d'une hernie crurale du même côté résulte souvent d'un affaiblissement général de la région inguino-crurale; j'ai décrit cette disposition sous le nom de *distension du pli de l'aine.*

Dans les pages consacrées aux hernies ombilicales, l'étude anatomique et la pathogénie des hernies de la période embryonnaire et de la période fœtale est mise au courant des recherches les plus récentes. Des faits nombreux démontrent que l'intervention chirurgicale immédiate peut être appliquée avec succès aux faits de cet ordre et qu'elle doit même être la règle dans tous les cas où l'on a à redouter la rupture ou l'ulcération de la tumeur.

Dans les chapitres suivants sont étudiées les hernies de la ligne blanche, les hernies épigastriques et les éventrations; puis les laparocèles, la hernie lombaire, la hernie obturatrice dont la description a reçu des développements tout nouveaux; enfin la hernie ischiatique et les hernies périnéales de l'homme et de la femme. Celles-ci sont en général peu connues et je me suis attaché à décrire avec soin leurs diverses variétés, la hernie périnéale proprement dite, la hernie vagino-labiale, les hédrocèles, les élytrocèles

J'ai terminé ce long travail par deux chapitres, l'un renfermant la description des hernies de la vessie, l'autre consacré à celles des organes génitaux profonds de la femme : ovaire, trompe, utérus à l'état de vacuité ou gravide; ces hernies méritent en effet une description à part que jusqu'à présent on ne leur a pas donnée dans les traités classiques.

Des figures nouvelles en très grand nombre facilitent l'intelligence du texte. — Les sources bibliographiques ont été précisées avec le plus grand soin et je crois pouvoir affirmer qu'aucun travail antérieur de quelque importance, publié soit en France soit à l'étranger et concernant ces matières, n'a échappé à mon analyse.

199. — *Volvulus de l'intestin grêle dans une hernie.* (*Bulletins de la Société clinique de Paris* et *France médicale*, 1891, 20 mars, p. 179.)

Les étranglements internes qui se font à l'intérieur d'un sac her-

niaire par le même mécanisme qui donne lieu aux occlusions intestinales siégeant dans le ventre, qu'il s'agisse d'une torsion, d'une coudure brusque de l'intestin ou d'un étranglement par bride, se distinguent de l'étranglement herniaire proprement dit par quelques caractères qui permettent dans une certaine mesure de reconnaître la nature des accidents auxquels on a affaire. Le malade présente l'ensemble des phénomènes fonctionnels de l'étranglement herniaire ordinaire, mais la hernie est peu tendue, elle n'est pas plus douloureuse au niveau de son pédicule que dans le reste de sa masse, elle est même parfois réductible en partie.

Dans un cas où la torsion d'une anse d'intestin grêle, dans une hernie ombilicale, était maintenue par une bride s'insérant au mésentère et allant se fixer à un fibrome utérin contenu dans le ventre, cas où la sténose intestinale était complète quoiqu'il n'y eût aucune constriction au niveau du pédicule de la hernie, j'ai pu annoncer presque avec certitude, en me fondant sur ces caractères, qu'il s'agissait d'un étranglement interne survenu dans un sac herniaire. Le traitement est d'ailleurs le même que celui de l'étranglement herniaire proprement dit.

200. — *Sur quelques variétés de la hernie inguinale congénitale, en particulier des hernies compliquées d'un kyste du canal de Nuck et des hernies en bissac.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XVII, 1891, 15 avril, p. 283.)

201. — *Sur la cure radicale des hernies inguinales chez la femme.* (*Ibid.*, p. 399.)

I. Les diverses variétés de la hernie inguinale chez la femme sont très imparfaitement connues; l'existence même des hernies congénitales (hernies dues à la persistance du canal de Nuck) n'est pas considérée comme certaine par tous les auteurs ; les caractères anatomiques de ces hernies n'ont pas été décrits; c'est à les établir que j'ai consacré la première partie de ce mémoire, fondé sur l'observation de quelques cas rares de hernie congénitale chez la femme. Les caractères anatomiques qui permettent d'affirmer qu'une hernie de ce genre est bien d'origine congénitale, sont les suivants :

1° L'existence dans les enveloppes du sac herniaire de fibres mus-

culaires lisses formant une couche continue semblable à du tissu dartoïque ;

2° La très grande vascularité de ce sac, dont les vaisseaux se continuent manifestement avec ceux qui émergent du trajet inguinal en suivant lo ligament rond ;

3° La présenco de cloisonnements incomplets sous forme de diaphragmes, de replis semi-lunaires, de valvules, de brides faisant saillie dans la cavité du sac ;

4° L'existence d'un cloisonnement complet transformant en une cavité distincte, en une sorte de kyste surmontant le sac herniaire, le fond de co sac, c'est-à-dire lo cul-de-sac terminal du canal de Nuck ;

5° Enfin et surtout l'adhérence intime du revêtement séreux du sac au ligament rond qu'il accompagne comme le processus péritonéo-vaginal accompagne le cordon spermatiquo.

La seconde partie de ce travail renferme la relation détaillée d'une *hernie inguino-interstitielle en bissac* observée chez la femme et analogue à la hernie inguino-interstitielle que Tillaux a décrite chez l'homme. Les seuls exemples connus de cette variété raro do hernie inguinale de la femme ont été publiée par Luke et par C. Hilton Golding-Bird. Dans le cas que je rapporte, la hernie fut traité avec succès par la cure radicale.

II. La cure radicale des hernies inguinales est d'ailleurs bien plus facile chez la femme que chez l'homme. L'adhérence du sac au ligament rond, la minceur du feuillet séreux qui tapisse cet organe rendent à la vérité son isolement parfois difficile, mais il n'y a aucun inconvénient en pareil cas à attirer et à extirper uno certaine longueur du ligament rond en même temps que le sac herniaire. L'opération doit se terminer par une suture très soignée et très méthodique des plans profonds et superficiels de la paroi abdominale commo dans le procédé de Bassini.

202. — *Du traitement des hernies inguinales congénitales par l'opération de la cure radicale.* (*La Medecine moderne*, 1890, 10 avril, n° 16 et suiv., A. Rueff et Cie.)

Ce travail est consacré aux indications de l'opération dans les hernies inguinales congénitales non étranglées, indications qui peuvent se

résumer en disant qu'un jeune sujet, atteint de hernie inguinale congénitale, s'il ne guérit pas par l'application méthodique des bandages, doit être débarrassé de sa hernie avant l'âge adulte par l'opération de la cure radicale. L'existence d'une ectopie testiculaire, la difficulté de la contention de la hernie, les accidents qui peuvent s'y développer rendent encore cette indication plus formelle et plus pressante.

Depuis que j'ai fait paraître cet article, j'ai beaucoup modifié le manuel de l'opération telle que je la pratiquais il y a quelques années; j'ai absolument abandonné le procédé de Macewen, auquel j'avais recours à cette époque, pour adopter un mode opératoire assez analogue au procédé de Bassini, procédé qui donne une réunion beaucoup plus solide de la paroi abdominale.

Ces considérations sont suivies de la relation d'un certain nombre d'observations.

203. — *Sur l'existence simultanée d'une hernie inguinale et d'une hernie crurale situées du même côté et sur la distension de l'aine.* (*Communication à la Société clinique de Paris*, séance du 11 février 1892, et *France médicale*)

Cette disposition n'a pas attiré l'attention des auteurs, et cependant elle crée des difficultés toutes particulières pour la contention de cette sorte de hernies auxquelles ne peuvent convenir ni les bandages inguinaux, ni les bandages cruraux proprement dits. Mais, indépendamment des cas où une hernie inguinale coexiste avec une hernie crurale du même côté, l'une et l'autre de ces hernies étant complètement indépendantes et conservant les caractères distincts, on voit quelquefois se produire une saillie due à l'affaiblissement de la paroi abdominale et portant sur la région inguinale comme sur la hernie crurale. Cette saillie constitue une sorte d'éventration à cheval sur la partie interne de l'arcade de Fallope; c'est cette lésion que j'ai décrite sous le nom de *distension de l'aine*. Véritable hernie de faiblesse, elle n'expose que rarement à des dangers les individus qui en sont porteurs, mais sa contention par des bandages n'est le plus souvent que très imparfaitement obtenue.

J'en ai observé 225 cas chez l'homme et 20 seulement chez la femme.

204. — *Rapport sur une observation de hernie obturatrice* communiquée par M. le Dr Piequé. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 2 décembre, p. 715.)

Une remarquable observation de hernie obturatrice communiquée à la Société de chirurgie par M. Piequé, m'a donné l'occasion de passer en revue les signes qui permettent d'établir le diagnostic de cette variété de hernie, même en l'absence d'accidents d'étranglements. Parmi ces caractères, il faut donner une importance particulière au signe de Romberg et aux indications fournies par le toucher vaginal.

Les accidents soit légers, transitoires et répétés, soit graves, qui surviennent dans ces hernies, doivent tous être rapportés à l'étranglement et traités comme tels.

Toutes les hernies obturatrices d'ailleurs, même celles qui ne sont point étranglées, doivent être soumises à l'opération, car on est dépourvu de moyen de contention qui leur soit applicable et le sujet qui les porte reste constamment sous la menace d'un étranglement.

Comparant, au point de vue de l'opération des hernies obturatrices, l'incision directe sur la tumeur de la région crurale à la voie abdominale, j'ai cru devoir m'élever contre la prétention de Lawson Tait, qui, tout récemment, a proposé de substituer la laparotomie aux opérations classiques dans le traitement de toutes les hernies étranglées ou non étranglées. L'incision abdominale, pratiquée pour arriver au siège de l'incarcération, dans tous les cas de hernie obturatrice où on y a eu recours, n'a donné jusqu'à présent que des insuccès.

205. — *Sur un nouveau mode de bandage inguinal présenté par M. le Dr F. Prévost (de Croissy).* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 22 avril, p. 309.)

Description d'un appareil que j'ai mis à l'étude dans mon service et qui constitue un bandage de force analogue au bandage Dupré, tout en conservant une certaine élasticité.

---

§ V. — **Plaies pénétrantes de l'abdomen, affections diverses de l'abdomen et du tube digestif.**

206. — *Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver ; blessure de l'intestin grêle et du cæcum; laparotomie, suture de l'intestin, guérison.* (*Congrès français de chirurgie*, Ve session, 1891, p. 359.)

C'est le premier exemple publié en France de guérison d'une plaie par balle de revolver de l'intestin grêle obtenue par la laparotomie et la suture des plaies intestinales, depuis le fait de M. Vaslin (d'Angers) remontant à 1880, et communiqué au Congrès de chirurgie en 1888. L'opération fut pratiquée plus de 9 heures après la blessure, dès l'apparition des premiers phénomènes péritonéaux ; il n'y avait pas d'épanchement de matières intestinales dans l'abdomen. Deux perforations de l'intestin grêle, une du cæcum furent oblitérées par la suture de Lembert; le malade guérit après avoir vu s'opérer une désunion des lèvres de l'incision abdominale, désunion qui laissa s'écouler pendant plusieurs jours une notable quantité de liquide séreux, non purulent, épanché dans la cavité péritonéale.

207. — *Plaie de l'estomac par balle de revolver suivie de guérison sans intervention chirurgicale.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 14 octobre, p. 475.)

Ce fait, dans lequel une plaie de l'estomac par balle de revolver, dont l'existence fut démontrée par des vomissements sanguins et alimentaires survenus aussitôt après la blessure, guérit spontanément sans aucun accident, est le dernier de ma statistique personnelle concernant les cas de plaie pénétrante de l'abdomen que j'ai observés. Tous ces faits ont été publiés et l'on en trouvera ici même l'indication complète.

208. — *Gastrostomie pour un rétrécissement cancéreux de l'œsophage.* (*France médicale*, 25 avril 1890.)

209. — *Id.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 11 juin, p. 444.)

A la suite de l'opération de la gastrostomie, l'écoulement du suc gastrique par l'orifice fistuleux a pu déterminer la digestion, l'ulcération et la destruction des adhésions qui fixent l'estomac à la paroi abdomidale. A l'occasion d'un fait dans lequel cette opération avait été suivie d'une survie assez prolongée du malade, j'ai constaté les bons effets de la neutralisation des liquides versés par la fistule au moyen de poudres alcalines. L'ulcération et même l'irritation érythémateuse des bords de l'orifice gastro-épigastrique ont pu être évitées par l'emploi de ce moyen.

210. — *Cholécystotomie pratiquée pour une cholécystite suppurée.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 18 juin, p. 472.)

Présentation d'un malade chez lequel la cholécystotomie fut suivie de l'établissement d'une fistule donnant lieu à un écoulement intermittent de bile. La cholécystectomie avait été jugée impossible à pratiquer au cours de l'opération.

211. — *Du traitement chirurgical de l'appendicite et de la pérityphlite* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVI, 1890, 15 octobre, p. 612; *ibid.*, 23 mars 1892.)

1° Toutes les pérityphlites sont-elles déterminées par les lésions de l'appendice, et ces dernières menacent-elles toujours le malade de la perforation et de ses conséquences?

2° Y a-t-il un moyen certain de reconnaître la pérityphlite de l'appendicite et de distinguer, parmi les appendicites, celles qui conduisent à la perforation, à la suppuration et à la péritonite?

La réponse négative que l'examen minutieux des faits bien observés permet de faire à ces deux questions conduit à cette conclusion que l'opération ne saurait être adoptée comme la règle dans le traitemen de la pérityphlite et de l'appendicite au début.

En mettant à part les cas très légers dont la bénignité écarte d'elle-même l'idée d'une opération, et les faits d'appendicite suraiguë où la perforation est évidente et où l'incision de la paroi abdominale doit être pratiquée sans aucun retard, c'est à l'expectation qu'il faut se rattacher

dans la majorité des cas; mais cette expectation doit être limitée et l'aggravation des signes locaux, l'apparition des caractères qui indiquent la formation d'une collection, les symptômes de péritonite commençante doivent faire aussitôt pencher la balance du côté de l'intervention. C'est à l'incision dans la fosse iliaque droite sur la tumeur, qu'il faut avoir recours, plutôt qu'à la laparotomie pratiquée sur la ligne blanche, celle-ci étant réservée aux cas où il s'est développé une péritonite généralisée par perforation. On doit chercher à découvrir et à extirper l'appendice cæcal, mais ce n'est pas toujours possible et des recherches prolongées aggravent le pronostic de l'opération. D'ailleurs, les résultats de celle-ci ne sont guère encourageants du moins, pour ce qui est des appendicites avec perforation : c'est ce que démontrent trois observations que je rapporte et où l'opération, faite aussi tôt que possible, n'a pu sauver la vie des malades.

212. — *Sur la réunion par première intention des pertes de substance consécutives à l'ablation des tumenrs de la langue. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XVII, 1891, 4 février, p. 86.)

Pour l'extirpation des tumeurs malignes de la langue, après avoir enlevé les ganglions, sains ou malades, de la région sus-hyoïdienne et hyoïdienne, la glande sous-maxillaire et pratiqué la ligature des artères linguale et faciale, on procède, avec le bistouri ou les ciseaux, à l'excision directe et très large de la partie malade en ayant soin de faire porter la section à distance du mal sur les tissus sains. Il m'a semblé qu'il y avait un réel avantage, pour obtenir une hémostase immédiate complète et pour abréger le temps nécessaire à la guérison, de réunir la vaste perte de substance qui résulte de cette ablation au moyen de points de suture les uns profonds, les autres superficiels, faits avec du fil de soie. Quoique d'autres opérateurs aient vraisemblablement eu recours à ce mode de réunion, le précepte n'en a été formulé dans aucun ouvrage classique et dans aucune monographie, et c'est pour cela que j'ai cru devoir attirer sur lui l'attention des chirurgiens.

213. — *Sur l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum avec conservation du sphincter anal (opération de Kraske). (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XVI, 1890, 28 mai, p. 415.)

Relation d'un fait d'extirpation du rectum par la voie sacrée, montrant les difficultés que l'on peut rencontrer dans cette sorte d'opération.

214. — *Epithélioma du rectum; extirpation suivie d'un prolapsus du rectum compliqué d'une ulcération rebelle de celui-ci. Colopexie iliaque; guérison du prolapsus et de l'ulcération; cure de l'anus contre nature par l'entérorraphie.* (*Bulletins de la Société de chirurgie*, séance du 24 février 1892.)

215. — *Rapport sur une observation de rétrécissement inflammatoire du rectum traité par l'électrolyse communiquée par M. le Dr Lecerf (de Valenciennes).* (*Ibid.*, p. 100.)

---

§ VI. — Communications diverses.

216. — *Intoxication mortelle produite par l'injection d'une solution de cocaïne dans la tunique vaginale pour la cure d'une hydrocèle.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XVII, 1891, 16 décembre, p. 751.)

A mesure que l'emploi des solutions de cocaïne pour produire l'anesthésie locale se vulgarise et se répand, les accidents d'intoxication de plus en plus nombreux attirent l'attention sur les dangers de cette pratique. Dans deux articles récents parus dans la *Médecine moderne*, M. le professeur Germain Sée a cité deux statistiques relatant, l'une 96 cas d'intoxication, dont 10 furent mortelles, l'autre 170 cas d'intoxication avec 11 cas de mort. Ces accidents sont-ils dus à quelque erreur dans le mode d'administration de l'anesthésique et dans la dose employée? Tiennent-ils à des conditions inhérentes à l'état pathologique du malade lui-même, à l'affection pour laquelle l'anesthésie est requise, à la région où elle est appliquée? Peut-on les éviter d'une manière certaine? Existe-t-il pour la cocaïne une *dose maniable*, une dose qui produise l'anesthésie locale avec une entière sécurité?

Ces diverses questions se sont posées devant la Société de chirurgie dans une importante discussion qui s'est élevée à l'occasion d'un cas malheureux que j'ai voulu porter à sa connaissance. L'injection d'une petite quantité d'une solution de cocaïne à 2 0/0 dans la tunique vaginale, pratiquée par un de mes internes préalablement à l'injection iodée, avait suffi pour déterminer des accidents qui firent leur apparition au bout d'une demi-heure et qui entraînèrent la mort en quelques minutes au milieu de phénomènes violents d'excitation d'abord, puis de collapsus paralytique; et pourtant la solution de cocaïne injectée dans la vaginale avait été évacuée au bout de moins d'une minute.

Plusieurs nouveaux faits d'intoxication produits par l'injection interstitielle de cocaïne furent cités dans la discussion qui suivit ma communication; malgré l'éloquent plaidoyer de M. Reclus en faveur de cette méthode d'anesthésie locale et la statistique vraiment remarquable à laquelle il s'est référé, de seize cents opérations pratiquées avec l'aide de ce moyen sans accidents, il a paru, je le crois, à la majorité des chirurgiens présents, que l'administration de la cocaïne exigeait une réserve et une prudence beaucoup plus grandes qu'on ne le pensait jusqu'à présent. On est tombé d'accord que le maximum de la dose qu'on pouvait injecter sans danger était de cinq centigrammes environ; que cette dose ne devait être employée qu'à un état de grande dilution (en solution au centième), et que dans ces conditions encore l'on ne pouvait être absolument certain d'éviter des accidents et même des accidents mortels.

Ainsi donc, sans rejeter un moyen d'anesthésie qui peut rendre de précieux services, il convient de reconnaître que celui-ci ne présente pas l'innocuité qu'on s'accordait à lui attribuer. En attendant que de nouveaux faits et surtout que l'expérimentation aient jeté de nouvelles lumières sur l'action toxique de la cocaïne et sur les conditions dans lesquelles elle s'exerce, la discussion présente aura pour effet d'imposer la plus grande prudence dans l'emploi de ce moyen et de détruire la sécurité trompeuse avec laquelle on y recourt encore aujourd'hui.

217. — *Abcès central de la diaphyse du fémur consécutif à une ostéomyélite chronique d'emblée, développée chez un adulte à la suite d'un anthrax de la nuque.* (*Académie de médecine,* séance du 5 août 1890).

Dès 1880, M. Pasteur annonçait à l'Académie de médecine qu'il avait trouvé dans le pus d'une ostéomyélite « un organisme pareil à l'organisme du furoncle... si j'osais m'exprimer ainsi, ajoutait plus loin M. Pasteur, je dirais que, dans ce cas, tout au moins, l'ostéomyélite a été un furoncle de la moelle »; depuis lors, MM. Verneuil, Lannelongue, Albert (de Vienne) et un grand nombre d'auteurs, tant en France qu'à l'étranger, ont insisté sur la relation qui unit l'ostéomyélite au furoncle et à l'anthrax et sur la porte d'entrée que ces affections ouvrent aux organismes pathogènes de l'inflammation médullaire des os.

Aucune preuve de cette relation de cause à effet ne peut être plus convaincante que l'observation présente : nous y voyons la suppuration médullaire et l'hypérostose qui l'entoure se produire dans la convalescence même d'un anthrax, et pour ajouter une démonstration plus exacte encore à la relation de cause à effet qui unit ces deux affections, ce sont des cultures pures du *staphylococcus pyogenes aureus*, que l'on retrouve dans le pus du canal médullaire.

Le fait d'ailleurs est intéressant comme étant un exemple rare de développement d'une ostéomyélite, et tout particulièrement d'une ostéomyélite chronique survenue d'emblée chez un adulte.

On sait que chez l'adulte l'ostéomyélite est une affection presque toujours secondaire : que pour qu'elle se produise il faut une infection déterminée par un microbe pathogène, mais qu'il faut également une prédisposition constituée par l'existence d'une poussée antérieure d'ostéomyélite survenue pendant la période de développement et d'accroissement des os. Les faits qui échappent à cette règle doivent être considérés comme absolument exceptionnels; M. Lemoyne, en 1885, dans sa thèse sur l'ostéomyélite aiguë des adultes, avait cru rassembler une vingtaine d'observations prouvant le développement d'emblée chez l'adulte de cette affection. Il résulte de l'examen critique auquel j'ai soumis ces faits, qu'il n'en est presque aucun dans lequel en ne retrouve les traces d'une ostéomyélite antérieure : celle-ci peut avoir passé inaperçue, son existence n'en est pas moins presque constante.

Notre observation est donc un exemple tout à fait exceptionnel d'ostéomyélite survenue d'emblée chez un adulte, et ayant déterminé la production rapide d'un abcès médullaire à la partie moyenne de la diaphyse, d'une nécrose centrale peu étendue, et d'un abcès souspériostique.

218. — *Rapport sur deux observations de fistules branchiales communiquées par le Dr Ch. Février.* (*Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 3 février 1892.)

219. — *Rapport sur une observation d'anévrisme traumatique de l'artère cubitale communiquée par le même.* (*Ibid.*, p. 102.)

TABLE DES MATIÈRES

[1] Les numéros placés à la suite de chaque titre renvoient aux articles correspondants de l'exposé des titres; ceux en **égyptiennes** correspondent aux articles du Supplément.

SCEAUX. — IMP. CHARAIRE ET Cie.